●有床診療所における自主管理票●平成26年度版

Ver1.0

これは有床診療所における自己点検を目的としたチェックシートです。項目によっては、貴施設に適さない内容も含まれている可能性はありますが、各項目の内容を十分に検討していただき、適切な対策にお役立てください。

立入検査当日までに施設側で自己点検・自己記入をお願いします。
(適なら[○]、不適なら[×]、貴院に関係のない項目は斜線を記入してください。)

項目の中で、法令に定められている項目には番号の横に"☆"をつけております。

施設名:

点検者名　　職種　　点検日:　　年　　月　　日

		点 検 項 目	自主チェック
■医療の安全管理のための体制の確保			
・医療に係る安全管理のための指針について			
1	☆	次の事項を文書化した指針(いわゆる医療安全管理マニュアル)を作成している。	
	☆	①安全管理に関する基本的な考え方 ②医療に係る安全管理のための委員会その他の院内の組織に関する基本的事項 ③医療に係る安全管理のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④院内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策に関する基本方針 ⑤医療事故等発生時の対応に関する基本方針 ⑥医療従事者と患者との間の情報の共有に関する基本方針(患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針を含む。) ⑦患者からの相談への対応に関する基本方針 ⑧その他医療安全の推進のために必要な基本方針	
2	☆	当該指針を従業者に周知し、個々の従業者の安全に対する意識を高めている。	
・医療に係る安全管理のための委員会(安全管理委員会)について			
3	☆	次の基準を満たす安全管理委員会を設置している。	
	☆	①安全管理委員会の管理及び運営に関する規程が定められていること。 ②重要な検討内容について、患者の対応状況を含め管理者へ報告すること。 ③重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。 ④安全管理委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。 ⑤月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。 ⑥医師、看護師、薬剤師等各部門の安全管理のための責任者等で構成されている。	
4		安全管理委員会の会議録が作成・保存されている。	
・医療に係る安全管理のための職員研修について			
5	☆	院内全体に共通する安全管理に関する内容について、研修を年2 回程度定期的に開催している。	
6	☆	研修を介して、医療に係る安全管理のための基本的考え方および具体的方策について職員に周知徹底を行っている。	
7	☆	研修は、個々の職員の安全に対する意識、安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	
8	☆	研修の実施内容(開催日時、出席者、研修項目等)については記録している。	
9		「医療安全推進週間」を職員の啓発の機会として活用している。	
◎今年度の院内研修の時期とテーマ　　(			)
・医療事故等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策について			
10	☆	医療事故及びインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の報告制度が導入されており、報告ルートが明確化され、事例発生後速やかになされている。	
11	☆	報告すべき医療事故・インシデント(ヒヤリ・ハット)事例の内容や書式を定めている。	

12		医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、事務職など全職員に報告を義務づけている。	
13	☆	医療安全管理委員会では医療事故やインシデント(ヒヤリ・ハット)事例の分析・評価がおこなわれ、改善計画がたてられている。	
14		些細なことでも報告され、できるだけ多くの事例を収集している。	
		◎1年間(前年度)のインシデント(ヒヤリ・ハット)報告件数:　　件 ◎1年間(前年度)のアクシデント報告件数:　　件	
15		インシデント(ヒヤリ・ハット)事例などで当事者の懲罰を前提としない等、報告しやすい環境がつくられている。	
16		個人のプライバシーが守られるなど報告書の保管方法が考慮されている。	
17	☆	重大な事故が発生した場合、速やかに管理者に報告が伝わる体制が整っている。	
18	☆	事故の場合にあっての報告は、診療録や看護記録等に基づき作成することとしている。	
・医療事故発生時の対応について			
19	☆	医療事故が起こったときに適切な緊急処置をとる体制が準備されている。また報告と指示が円滑に行われる連絡体制が組まれている。	
20		自院で対処できない場合、転送先が確保されている。	
21		患者・家族への説明は可能な限り早期に、かつ適切にできる体制がとられている。	
22		医療事故(院内感染を含む。)が原因で患者が死亡するなど重大な事態が発生した場合、警察署や保健所、関係行政機関への報告を速やかに、また適切に行う体制がとられている。	
■医療機関における安全管理のためのポイント			
・安全対策のための人員の活用について			
23		リスクの高い部署、リスクの高い時間帯、職員の能力等を把握し、必要な人員配置を考えている。	
24		新人や部署異動直後の職員に対して、指導・監督に留意している。	
25		重度の疲労を招きかねない勤務シフトを避けるよう配慮している。	
26		長時間勤務においては、休息時間を確保している。	
・標準化の推進について			
27		各種医療行為について、可能なものは作業手順を統一化し、医療従事者に徹底を図っている。	
28		院内で使用される物品は採用、保管、配置等の統一化を図っている。	
29		諸記録様式については院内で統一されている。	
・療養環境の整備(転倒・転落対策)について			
30		患者の状態によって適切な転倒・転落防止の対策がとられている。	
31		病室、廊下、トイレなどは事故の起こりにくいバリアフリーの構造になっている。	
32		廊下に、患者の通行の妨げとなるような車椅子、ストレッチャー等を常置していない。	
33		移動のためのマニュアル(手順書)が整備されている。	
34		ベッドの高さは調節可能である。	
35		ベッド柵は効果的に活用されている。	
36		照明は十分明るく、障害物が見えやすくなっている。	

■院内感染対策のための体制の確保			
・院内感染対策のための指針について			
37	☆	次の事項を文書化した指針を作成している。	
	☆	①院内感染対策に関する基本的な考え方 ②院内感染対策のための委員会その他の院内の組織に関する基本的事項 ③院内感染対策のための従業者に対する研修に関する基本方針 ④感染症の発生状況の報告に関する基本方針 ⑤院内感染発生時の対応に関する基本方針 ⑥患者等に対する当該指針の閲覧に関する基本方針 ⑦その他院内感染対策の推進のために必要な基本方針	
38	☆	当該指針の策定及び変更は院内感染対策委員会の議を経ること。	
39	☆	当該指針を従業者に周知し、個々の従業者の院内感染に対する意識を高めている。	
・院内感染対策のための委員会について			
40	☆	次の基準を満たす「院内感染対策委員会」を設置している。	
	☆	①管理及び運営に関する規程が定められている。 ②重要な検討内容について、院内感染発生時及び発生が疑われる際の患者への対応状況を含め、管理者へ報告すること。 ③院内感染が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに従業者への周知を図ること。 ④院内感染対策委員会で立案された改善策の実施状況を必要に応じて調査し、見直しを行うこと。 ⑤月1回程度開催するとともに、重大な問題が発生した場合は適宜開催すること。 ⑥医師、看護師、薬剤師など職種横断的に構成されている。	
41		院内感染対策委員会の会議録が作成・保存されている。	
42		院内感染対策委員会で取り上げられた情報（サーベイランス情報等）が、院内の従業者（看護助手まで）に伝達されている。	
43		MRSA等、院内での感染状況が適宜議題として取り上げられている。	
・従業者に対する院内感染対策のための研修について			
44	☆	院内全体に共通する院内感染に関する内容について、職種横断的な参加の下に研修を年2 回程度定期的に開催している。	
45	☆	研修を介して、院内感染対策のための基本的考え方および具体的方策について従業者に周知徹底を行っている。	
46	☆	研修は、個々の従業者の院内感染に対する意識を高め、業務を遂行する上での技能やチームの一員としての意識の向上を図る内容となっている。	
47	☆	研修の実施内容（開催日時、出席者、研修項目等）については記録している。	
◎今年度の院内研修の時期とテーマ　（　　）			
・院内感染発生時の通報体制について			
48		異常事態を疑ったときの院内での報告体制ができている。	
49		休日、夜間の院内の報告体制ができている。	
50		報告体制の中で各部門別に責任者が設置され、かつ役割が明確になっている。	
51	☆	感染症を診断したとき（全数把握疾病）は、感染症法に従って保健所に届け出ている。	
52		夜間、休日の保健所、県への連絡方法を把握している。	
53		感染者の拡大や死亡などの重大な事例の場合、直ちに保健所、県庁、警察へ連絡する体制ができている。	
・その他			
54		各疾病ごとの具体的な院内感染対策マニュアルを作成し、従業者に周知徹底している。（例えば、マニュアルがすべての部署に配布されている。）	

55		感染症に対する患者監視(サーベイランス)として、定期的に検査を実施している。	
56		定期的検査の結果は、患者に告知され、説明指導が行われている。	
57		雑誌やインターネット等から院内感染管理に関する情報を収集している。	
58		針刺し事故(B型肝炎・HIV等)についての院内マニュアルが整備できている。	
59		異常事態を疑ったときの院内での報告体制がマニュアル上、規定されている。	
60		マニュアルに日常行うべき予防策、発生時の対応策及び原因別の対応策が盛り込まれている。	
■標準予防の具体的手法(日常で実施)			
・手洗いについて			
61		適切な手洗い方を職員に周知徹底している。 また、実際に手洗いを観察しあって、適切な手洗いができているか確認している。	
		①手の爪は短く切っている。 指輪・腕時計をはずし手首まで手洗いを行っている。 ②手指、手首全体を流水で濡らしている。 ③石けん水(3ml程度)を手に取りよく泡立てて手洗いしている。 ④指先・爪の先が洗えている。 ⑤手の平が洗えている。 ⑥指の間が洗えている。 ⑦親指は全体を他方の手の平で包み込みよく洗っている。 ⑧手の甲が洗えている。 ⑨流水で石けんを洗い流している。	
62		一処置一手洗い、もしくは手指用速乾性アルコール消毒器の使用を徹底している。	
63		血液、すべての体液、分泌物、排出物に接触があったら、必ず手を洗っている。	
64		他の患者の処置に移る前に必ず手を洗っている。	
65		同一患者でも、感染性のものに接触したら、処置の度に手洗いをしている。	
66		処置室、重症病室など感染の機会が想定される部屋には手洗いできる設備がある。	
67		手洗い時は、液体石鹸を使用している。	
68		液体石けんの液は、つぎ足して使用していない。	
69		手洗い時、蛇口の栓を手のひらでなく、肘や手首で開閉するようにしている。そのために、水道蛇口の栓はレバー式や自動感知式などになっている。	
70		手指はペーパータオル又は温風でよく乾燥させている。(共用タオルは不適)	
71		速乾性すり込み式手指消毒剤を使用する前に、 ①有機物で手が汚染されていない ②手が十分乾燥している を確認して適切に使用している。	
72		手指消毒剤には、その使用開始日や使用期限を明記し、適切な管理を行っている。	
73		業務中は、自分の顔や髪の毛をさわらないようにしている。	
・手袋・ガウン・マスクなどのバリアについて			
74		血液、体液、排泄物等の感染のおそれがあるものに触れるときは、その度に手袋を着用・交換している。	
75		粘膜、傷のある皮膚に触れるときは、その度に滅菌手袋を着用している。	
76		無菌操作時(広い開口創の処置、ｶﾃｰﾃﾙ等の取扱い時、透析の穿針時等)は滅菌手袋を着用している。	
77		感染性のあるものに接触があったら、同一患者でも他の部位に触れる前に手袋を交換している。	
78		手袋で処置した後、汚染されていないものに触れるときは、手袋をはずしている。	
79		手袋をはずした後は、必ず手洗いを行うか又は擦式消毒液を使用している。	

80		想定される事態に応じて効果的なバリアを使用している。	
81		使用したバリアは、他の患者や環境を汚染しないように使用後直ちに処理をしている。	
82		飛沫感染が想定される患者に近づくときは、サージカルマスクを使用している。	
83		感染性があるもので汚染されることが予測される場合は、適切なガウンを使用している。	
84		ガウンを保管する際は、清潔と不潔を区別し保管している。	
85		ガウンは極力毎日交換している。また、濡れたり、床に落としたり、血液や痰などが付着した場合は、その都度交換している。	
86		患者の血液・体液で汚染されたガウンは直ちに交換している。	
87		汚染ガウンはビニール袋等に入れ、周囲を汚染しないよう処理している。	
88		白衣は適宜交換し、清潔に保つよう心がけている。	
89		血液・体液・排出物など感染のおそれがあるものの飛散で目・鼻・口等の汚染が予測される時は、マスク(必要に応じてゴーグル・フェイスシールド)をしている。	
90		スタッフは、咳の出るときはマスクを着用している。	
・リネン等について			
91		汚染した（感染のおそれがある）衣類・リネンは、ほこりが立たないように注意深く、ランドリーバック・ビニール袋などに現場で入れ、他の患者や周囲環境を汚染しないように搬送・処理している。	
92		汚染した(感染のおそれがある)衣類・リネンは、熱水(80℃・10分)で洗濯するか、または消毒液(次亜塩素酸ナトリウム等)で消毒している。	
93		清潔リネンはリネン庫に保管している。 リネン庫に、清潔リネン以外のものを保管していない。	
94		ベット、マットレス等の寝具類は清潔に保たれている。	
■輸液に関する対策			
95		点滴の調製は、清潔な区域で行われている。	
96		処置台は、作製前にアルコールガーゼ等の適切な消毒剤で拭き清潔にしている。	
97		調剤前に手を清潔にしている。	
98		調製後の点滴は30分以内に使用している。	
99		使用するまでの間清潔な環境で保管されている。	
100		注射器と針は滅菌のディスポを使用している。	
101		カテーテル挿入部の消毒には、クロルヘキシジン(ヒビテン等)またはヨード消毒液(イソジン等)を用いている。	
102		発熱、挿入部の発赤等感染症の兆候を観察している。	
103		輸液ラインは曜日を決め、定期的に交換している。	
104		三方活栓や注射器を取り扱う前に手を清潔にしている。	
105		三方活栓は、極力使用しないようにしている。やむを得ず三方活栓から薬液を注入する場合は、酒精綿等で厳重に消毒している。	
106		処置終了後の物品を入れたトレー類は再消毒されている。	
107		消毒に使用されるアルコール綿や万能つぼは24時間以内に新しいものに交換している。	
108		ヘパリンロックはなるべく避け、可能ならば生食か5％糖液の少量持続点滴を行っている。	
109		使用後の注射器・アンプル類は医療廃棄物専用容器に捨てている。	

110		終了（抜去）後の輸液セットや針はトレー等にて安全に廃棄されている。	
■患者の周辺環境の整備等			
111		ベッド、リネン、ベッドサイドの器具、マットレスなどの洗浄・消毒を適切に行っている。	
112		病室の清掃を定期的に行っている。	
113		廃棄物が適切に処理されている。	
114		院内ごみは分別マニュアルにしたがって分別されている。	
115		清潔区域と不潔区域（区別を表示しているなどして）区別されている。	
116	☆	給水設備、給湯設備の保守管理が適正に行われている。	
117	☆	給水施設について、定期又は臨時の水質検査を実施している。 ア　専用水道を使用する施設 　色及び濁り並びに消毒の残留効果に関する検査（1日1回） 　化学的分析及び細菌検査等の水質検査（1月1回） イ　簡易専用水道を使用する施設 　公的機関の検査を受けている(年1回) 　受水槽の清掃が行われている(年1回)	
118		空調・換気設備の保守管理が適正に行われている。	
119		病室ごとに擦式消毒液が設置されている。	
■医薬品に係る安全管理のための体制の確保			
・医薬品の安全使用のための責任者について			
120	☆	「医薬品安全管理責任者」を配置している。（管理者との兼務も可）	
121	☆	医薬品に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師のいずれかの資格を有している。	
122	☆	管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。（安全管理委員会と連携し、実施体制を確保すること。）	
	☆	①医薬品の安全使用のための業務に関する手順書の作成 ②従事者に対する医薬品の安全使用のための研修の実施 ③医薬品の業務手順書に基づく業務の実施 ④医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策の実施	
123	☆	医薬品安全管理責任者は、上記④で得られた情報のうち必要なものは医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図っている。	
・従業者に対する医薬品の安全使用のための研修について			
124	☆	研修の内容については、次の事項を中心に必要に応じて行うこととしている。（他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可）	
	☆	①医薬品の有効性・安全性に関する情報、使用方法に関する事項 ②医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に関する事項 ③医薬品による副作用等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項	
・医薬品の安全使用のための業務に関する手順書について			
125	☆	「医薬品業務手順書」は、医薬品の取扱いに係る業務の手順を文書化したもので、施設の規模や特徴に応じて、次の事項を含む内容となっている。	
	☆	①医薬品の採用・購入に関する事項 ②医薬品の管理に関する事項（医薬品の保管場所、管理方法など） ③患者に対する医薬品の投薬指示から調剤に関する事項（患者情報の収集、処方せんの記載方法、調剤方法、処方せんや調剤薬の鑑査方法など） ④患者に対する与薬や服薬指導に関する事項 ⑤医薬品の安全使用に係る情報の取扱い（収集、提供等）に関する事項 ⑥他施設（病院、薬局等）との連携に関する事項	
126	☆	作成又は変更（必要に応じて行う見直し）は、安全管理委員会において協議した上で行うこと。	

・医薬品業務手順書に基づく業務について			
127	☆	医薬品安全管理責任者は、従業者の業務がこの手順書に基づき行われているか定期的に確認し、確認内容を記録している。	
・医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医薬品の安全使用を目的とした改善のための方策について			
128	☆	医薬品安全管理者は、医薬品の添付文書の情報のほか、医薬品製造販売業者、行政機関、学術誌等からの情報を広く収集し、管理するとともに、得られた情報のうち必要なものは当該情報に係る医薬品を取り扱う従業者に迅速かつ確実に周知徹底を図ること。また、情報収集等に当たっては、薬事法に留意すること。	
・薬剤の管理、配薬、投与について			
129	☆	処方せんを患者に交付する時は、以下の必要事項を記載している。 ①患者の氏名・年齢 ②薬名、分量、用法、用量 ③発行の年月日 ④使用期間 ⑤診療所の名称及び所在地 ⑥医師の記名押印又は署名	
130	☆	麻薬を記載した処方せんを交付する時は、以下の必要事項を記載している。 (院内調剤の場合は、⑤～⑦は記載する必要はない。) ①患者の氏名、年齢(又は生年月日) ②麻薬の品名、分量、用法、用量、(投薬日数を含む。) ③麻薬施用者の氏名、免許番号、記名押印又は署名 ④発行の年月日 ⑤患者の住所 ⑥処方せんの使用期間(有効期間) ⑦麻薬診療施設の名称及び所在地	
131	☆	調剤済みの処方せんについて、調剤済みの旨、調剤年月日、医師の同意を得て変更した場合はその変更内容及び医師へ疑義照会した場合はその回答内容を記載し、調剤した薬剤師の記名押印又は署名を付している。	
132	☆	毒薬又は劇薬を他の薬剤と区別して保管している。	
133	☆	毒薬は黒字に白枠、白字をもってその品名及び「毒」の文字の記載、劇薬については、白地に赤枠、赤字をもってその品名及び「劇」の文字を記載している。	
134	☆	毒薬は鍵のかかる場所で保管している。	
135	☆	毒薬の受け払い簿を作成している。	
136	☆	麻薬は、金庫など鍵をかけた堅固な場所で保管している。	
137	☆	向精神薬は、鍵をかけた施設内で保管している。(部屋に鍵をかけることも可)	
138	☆	劇物・毒物を保存する場所には、「医薬用外劇物」、「医薬用外毒物」の文字を表示し、他の物と区別して保管している。	
139	☆	劇物・毒物は鍵のかかる専用の保管庫に保管している。 不要になった劇物・毒物は適切に廃棄処分している。	
140	☆	劇物毒物管理簿を作成し、劇物毒物の使用量や残量を把握している。	
141	☆	薬品庫や調剤室は、適正な温度管理を行っている。	
142		引火の恐れのある薬品(アルコール類等)等は不燃物の保管庫に保管するか、火気使用箇所と離して保管されているなど、適正に保管されている。また、薬品棚の転倒防止策がとられている。	
143		冷蔵庫内で薬品と食品など薬品以外のものが混在していない。	
144		病棟・外来及び救急カート内の常備薬の数量、使用期限および破損の有無等の確認をしている。	
145		厳密な注入速度の設定が必要な点滴については、輸液ポンプ、シリンジポンプを使うなどして適切な注入速度の設定を行っている。	

■医療機器に係る安全管理のための体制の確保			
・医療機器の安全使用のための責任者について			
146	☆	「医療機器安全管理責任者」を配置している。（管理者との兼務も可）	
147	☆	医療機器に関する十分な知識を有する常勤職員であり、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師又は臨床工学技士のいずれかの資格を有している。	
148	☆	管理者の指示の下に、次の業務を行うこととしている。（安全管理委員会と連携し、実施体制を確保すること。）	
	☆	①従事者に対する医療機器の安全使用のための研修の実施 ②医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施 ③医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施	
・従事者に対する医療機器の安全使用のための研修について			
149	☆	新しい医療機器を導入する際には、使用予定者を対象に次の事項に関する研修を行い、その実施内容を記録している。（他の医療安全に係る研修と併せて実施しても可）	
	☆	①医療機器の有効性・安全性に関する事項 ②医療機器の使用方法に関する事項 ③医療機器の保守点検に関する事項 ④医療機器の不具合等が発生した場合の対応（施設内での報告、行政機関への報告等）に関する事項 ⑤医療機器の使用に関して特に法令上遵守すべき事項	
・医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検について（医療機器安全管理責任者）			
150	☆	機種別に保守点検の時期等を記載した、保守点検計画を策定している。（薬事法に規定する添付文書記載の保守点検に関する事項を参照すること。）	
151	☆	保守点検の実施状況、使用状況、修理状況、購入年等を把握し、記録している。	
152	☆	保守点検の実施状況等を評価し、医療安全の観点から、必要に応じて安全面に十分配慮した医療機器の採用に関する助言を行うとともに、保守点検計画の見直しを行うこと。	
153	☆	保守点検を外部に委託する場合、当該業務を適正に行う能力のある者に委託している。また、その実施状況等を記録し保存している。	
・医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策について			
154	☆	医療機器の安全使用のために必要となる情報の収集その他の医療機器の安全使用を目的とした改善のための方策の実施については、次の要件を満たすこと。また情報収集等に当たっては、薬事法に留意すること。	
	☆	①医療機器安全管理責任者は、医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検等に関する情報を整理し、その管理を行うこと。 ②医療機器安全管理責任者は、医療機器の不具合情報や安全性情報等の安全使用のために必要な情報を製造販売業者等から一元的に収集するとともに、得られた情報を当該医療機器に携わる者に対して適切に提供すること。 ③医療機器安全管理責任者は、管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集に努めるとともに、当該病院等の管理者への報告等を行うこと。	
■医療従事者に関すること			
155	☆	医師・歯科医師・診療放射線技師以外の者によるレントゲン撮影等診療放射線技師法違反は行っていない。	
156	☆	薬剤師でない者が販売又は授与の目的で調剤していない。（医師若しくは歯科医師が自己の処方せんにより自ら調剤する場合は除く。）	
157	☆	上記以外、資格のない者による保健師助産師看護師法、歯科衛生士法等違反行為は行っていない。	

■職員の健康診断			
158	☆	1年以内ごとに、以下の項目について、健康診断が実施されている。 ・既往歴及び業務歴 ・自覚症状及び他覚症状 ・胸部エックス線検査及び喀痰検査 ・身長、体重、腹囲、視力及び聴力 ・血圧及び尿検査 ・貧血検査、肝機能検査(GOT、GPT、γ-GTP)、血中脂質検査(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、血糖検査 ・心電図検査 (血液検査及び心電図検査は35歳及び40歳以上のみに実施)	
159	☆	常時深夜業に従事する者については、年2回健康診断を実施している。 (胸部レントゲンは年1回でも可)	
160	☆	給食従事職員は、毎月1回以上定期的な健康診断(検便)を行っている。 給食従事職員の採用等の際、検便・健康診断を実施し、陽性者には適切な処置を行っている。	
161	☆	放射線関係職員について、法令に基づく健康診断を実施している。(6か月毎) ・被爆歴の有無、白血球・赤血球等の血液検査 ・白内障に関する目の検査、皮膚の検査	
162	☆	定期健康診断の結果、異常等が発見された職員に対し、必要な措置がとられている。	
■透析の安全対策(透析診療所のみ)			
・医療事故防止について			
163		回路の離断を防ぐため、穿刺針・血液回路・透析器を確実に接続し確認している。	
164		抜針事故を防ぐため、穿刺針及び血液回路を確実に固定し、その固定状態・穿刺針刺入状態を監視している。	
165		空気混入を防ぐため、終了時の返血操作にはエアーを一切使用しない生食返血(生食置換返血法)に統一している。	
166		穿刺針の抜針後、止血状態を確認している。	
・施設と医療機器について			
167		透析に使用する医療器具は患者毎に滅菌したものか、ディスポーザブル製品を使っている。	
168		スタッフが透析操作前後に手洗いが容易にできる十分な手洗い設備がある。	
169		ベット周囲に通路が広く確保されているので、患者の移動が容易であり、またスタッフは必要時、直ちに手洗い場に移動できる。	
170		透析装置外装は定期的に清拭し、透析装置内部への血液汚染が起こらないようメンテナンスが行われている。	
171		回路圧測定系にトランスデューサープロテクターを挿入している。	
・透析操作について			
172		透析操作マニュアルがある。	
173		透析開始・終了操作は清潔・不潔概念をよく理解した医師、臨床工学士、看護師、准看護師、薬剤師などの有資格者スタッフが行っている。	
174		透析開始、終了操作は患者側と器械側にそれぞれ1名ずつが共同して行っている。	
175		スタッフは侵襲的手技の前後に入念な手洗いを必ず行っている。	
176		穿刺及び抜針操作をするスタッフは、ディスポーザブルの滅菌手袋を装着している。	
177		肝炎ウィルス陽性の患者は透析室内の一定の位置に固定して透析している。	
178		血液に汚染された物品は、周囲を汚染しないように注意して、感染性廃棄物として廃棄するか、マニュアルにのっとり、洗浄滅菌されている。	
179		透析中に投与される抗凝固薬やエリスロポエチンなどの薬剤は、透析室から区画された場所で無菌的に準備されている。	
180		血液透析記録(患者ごと、1回ごとの透析経過、診療内容、担当者名の記録)を作成している。	

■医療ガスの管理			
181	☆	医療ガス安全管理委員会を設置し、医療ガス配管設備等の保守点検業務を委託する場合は、基準に適合する者と委託契約を取り交わし、契約書、業務案内書及び標準作業書等を保管している。	
■その他管理			
・医療法の手続きについて			
182	☆	診療所開設許可(届出)後の許可(届出)事項に変更が生じた時に、保健所に許可(届出)を行っている。(開設者が医師・歯科医師でないときは許可、それ以外は届出)	
183	☆	放射線診療装置の設置、設置変更、廃止の届出をしている。	
・広告違反行為について			
184	☆	院外の看板等に広告制限に反する表示はない。 ・診療科名 (医療法施行令第3条の2) ・他の診療所と比較して優良である、又は誇大な広告	
・院内掲示について			
185	☆	診療所の管理者は、見やすい場所に定められた事項を掲示している。 ・管理者の氏名 ・従事する医師又は歯科医師の氏名 ・医師又は歯科医師の診療日及び診療時間	
■防火・防災体制			
186	☆	資格を有している防火管理者を選任している。	
187	☆	消防計画を作成し、必要事項を定めている。 (目的、予防管理組織、防火管理者の業務、火元責任者の業務、防火教育、訓練の実施、避難誘導・搬送に関する事項、自衛消防隊の設置等)	
188		各部署に火元責任者を定め、火元責任者一覧表を作成している。	
189	☆	消防用施設・設備の整備及びその点検を実施している。また、下記の帳簿等で確認できる。 ①消火設備保守点検簿:消火器、水バケツ、消火栓、スプリンクラー等 ②警報設備保守点検簿:自動火災報知器、ハンドマイク、放送設備等 ③避難設備保守点検簿:避難はしご、避難用滑り台、斜降式(垂直式)救助袋、誘導灯等	
190	☆	電気設備の保守点検を実施し、点検簿を作成している。	
191	☆	診療の用に供する電気、光線、熱、蒸気、ガスに関する構造設備について危害防止上必要な方法を講じている。 ①電気を使用する診療用機械器具については、絶縁及びアースについて安全な措置が講じられている。 ②光線を治療に使用する機械器具については、眼球その他に障害を与えないように配慮されている。 ③熱を使用する機械器具については、加熱することのないよう断熱材等が適当に使用されている。 ④保育器、酸素テント、高圧酸素室等について定期点検及び使用前点検を行っている。 ⑤年1回以上漏電防止のための措置を講じている。	
192	☆	地元消防署と連携を密にし、年2回は消防計画に基づく避難訓練を実施している。また、うち1回については夜間を想定して実施している。	
193		火災等緊急時における重症患者、老人患者等の避難救出体制が定められている。	
194		避難経路上に避難の妨げになるような不必要な物品が置かれていない。特に、非常口の前に物品等を置いていない。	
195		自家発電機を保有している医療機関は、自家発電設備の保守・点検を実施し記録している。	
■業務委託			
診療業務に著しい影響を与える以下のものを委託する場合、規則に定める基準に適合する者に、適正に委託している。 ・委託先 (氏名、所在地、医療関連サービスマーク認定業者又はその基準に適合する業者の確認) ・契約書の有無 ・契約内容			
196	☆	検体検査業務	
197	☆	医療機器等の滅菌消毒業務	

198	☆	食事の提供業務（業務委託契約書が締結されている。受託業務が適正に行われている。）	
199	☆	患者搬送業務	
200	☆	医療機器の保守点検業務	
201	☆	医療ガス供給設備の保守点検業務	
202	☆	洗濯業務	
203	☆	施設の清掃業務	
■感染性廃棄物の処理			
204	☆	特別管理産業廃棄物管理者を設置している。（氏名・資格）	
205	☆	感染性廃棄物の処理に関する帳簿が備え付けられ、処理実績等の必要な記録が行われている。	
206	☆	帳簿は1年ごとに閉鎖し、5年間保存している。	
207	☆	他の廃棄物と分別排出され、収納容器の材質、感染性廃棄物である旨及び注意事項の表示、関係者以外の立入禁止措置、保管場所の適正表示がなされている。	
208		施設内で処理する場合、適切な方法で処理（滅菌・消毒）を実施している。	
209	☆	・委託先（運搬・処分業者として基準に適している業者である。） ・契約書（・有無　・必要記載事項〔有効期間、料金、委託事業範囲等〕） ・許可証の写し　・特別管理産業廃棄物管理票（マニフェスト）の交付	
■診療録等への記載についての一般事項			
210		インク又はボールペンを用い、鉛筆による記載は行っていない。	
211		第三者にも読みやすいように、わかりやすい文字で丁寧に記載されている。	
212		内容を修正する場合は、訂正する部分に横線（1本又は2本）を引き元の記載がわかるようにして、修正者の押印又は署名を付している。	
■診療録			
・診療録全般について			
213		診療録は、整理された順に従って閲覧するだけで患者の全体像が把握できる。	
214		診療録は、事実を正確かつ客観的に記載している。	
・診療録記載事項について			
215	☆	診療を受けた者の住所、氏名、性別、年齢（生年月日）、職業及び被保険者との続柄が記載されている。	
216	☆	被保険者証に関する記録がある。 保険者番号、被保険者証及び被保険者手帳の記号・番号、有効期限、被保険者氏名、資格取得、事業所所在地・名称、保険者所在地・名称	
217	☆	傷病名が記載されている。	
218	☆	傷病の開始、終了、転帰、入院期間を記載している。	
219	☆	傷病の職務上・外の区分、期間満了予定日、労務能力に関する意見、業務災害又は通勤災害の疑いがある場合の記載をしている。	
220	☆	公費負担者番号が記載されている。	
221		薬剤アレルギー（薬、造影剤等）について、わかりやすいところに記載されている。	
・治療経過について			
222	☆	既往歴（病名、治療内容と期間、感染症、輸血歴など）を記載している。	
223		家族歴を記載している。	
224	☆	原因（現病歴及び入院時所見）が記載されている。	
225	☆	主要症状が記載されている。	

226	☆	診療経過が記載されている。	
227	☆	診療の都度（入院においては毎日が望ましい）記載されている。	
228	☆	診療の年月日が記載されている。	
229		診療内容記載者は押印又は署名を付している。	
230	☆	画像診断所見、検査所見やデータ分析・評価が記載されている。	
231	☆	治療方法（処方内容/処置内容）が記載されている。	
232		指示の日時・指示者署名を付記している。	
233		口頭指示の場合でも、事後に指示内容を記載している。	
234	☆	手術の記録には、手術日、手術術式、手術時間、出血量、ガーゼカウント、その他手術記事、術者、麻酔医などを記載している。	
・説明と同意について			
235		患者や家族に対して説明した場合、説明者、日時、相手方及び同席者、説明内容、質問と回答が記載されている。（電話での応対についても診療録に記載している。）	
236		患者（又は家族）に説明し同意が得られた時は、同意書などにより同意された旨確認できる記録がある。	
237	☆	入院診療計画書を作成し、患者又はその家族へ交付し診療内容を説明している。（原則として、患者が入院した日から起算して7日以内とする。）	
238		事故発生時には、その経緯（処置内容・結果）について正確に記載されている。	
239	☆	患者の退院時に、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明を行うよう努めている。	
■看護記録			
240		日付と記入者の署名が付されている。	
241		体温、脈拍、血圧、呼吸数、食事量などの記録がある。	
242		フォーカスチャーティングやSOAPなど一定の書式に従って記載している。	
243		看護記録として以下の内容を記載した看護記録がある。 （入院基本料の届出を行った病棟においては、看護体制の1単位ごとに次に掲げる記録がなされている必要がある。）	
		① 患者の個人記録（個々の患者について観察した事項及び実施した看護の内容等を看護要員が記録するもの）がある。（ただし、病状安定期においては診療録の温度表等に状態の記載欄を設け、その要点を記録する程度でもよい。）	
		② 看護計画に関する記録（個々の患者について、計画的に適切な看護を行うため、看護の目標、具体的な看護の方法及び評価等を記録したもの）がある。	
■診療に関する諸記録			
保険医療機関では、療養に関する諸記録が、その完結した日の翌日から、3年間保存されている。			
244	☆	入院患者及び外来患者の数を明らかにする帳簿	
245	☆	処方せん	
246	☆	手術記録（病名、術式、麻酔法、術者名、開始時間、終了時間、手術室の管理等）	
247	☆	検査所見記録	
248	☆	エックス線写真	
249	☆	入院診療計画書	

■診療録の管理体制及び診療録等の開示			
250	☆	診療録は、診療が修了した日の翌日から、5年間保存している。	
251	☆	患者等の求めに応じて、診療記録等の開示を行うことを原則としている。	
252	☆	診療記録等の開示は、原則として書面の交付による方法で行っている。	
253		診療記録等の開示に関し、苦情処理体制も含めて、院内掲示を行うなど、患者に対しての周知に努めている。	
254	☆	診療情報は、原則として、あらかじめ患者本人の同意を得ずに、第三者に対して情報提供を行うことのないよう徹底を図っている。	
255		診療記録等の開示又は診療情報に関する手続きを定めている。	
256		診療情報を提供する時は、患者等にとって理解を得やすいように親切丁寧に診療情報を提供するよう努めている。	
■栄養・給食管理について			
257		常勤または非常勤の管理栄養士が配置されている。	
258	☆	給与栄養目標量が算出されている。	
259	☆	給与量が給与栄養目標量を満たしている。	
260	☆	患者及びその家族に対し、適切な栄養指導（個別又は集団）を行っている。	
261	☆	夕食時間は18時以降である。	
262	☆	食器類の洗浄・消毒・保管をする設備があり、適正に機能している。	
263		調理室内の温度・湿度管理（25℃以下、80％以下）が適切に行われている。	
264		手洗い設備が適切な場所に整備され、石鹸（固形石鹸は不可）、ペーパータオル、殺菌液等は適切に整備されている。	
265		保存食は、原材料及び調理済み食品を食品ごとに50g程度ずつ清潔な容器（ビニール袋等）に密閉して入れ、-20℃以下で保存している。　保存食の保存日数を記入（　　日）	
266		給食施設関係者の健康チェツクを個人別に毎日行い、記録票が整備されている。	
集　　計			/266

根拠法令及び通知

医療法
医師法
歯科医師法
薬剤師法
保健師助産師看護師法
診療放射線技師法
薬事法
麻薬及び向精神薬取締法
毒物及び劇物取締法
安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律
廃棄物の処理及び清掃に関する法律
消防法
電気事業法
個人情報の保護に関する法律
労働安全衛生法
保険医療機関及び保険医療養担当規則
診療録等の記載方法等について(保険発第43号・昭和63・5・6)
医療施設における院内感染の防止について(医政指第0201004号・平成17・2・1)
医療施設における医療事故防止対策の強化について
(健政発第1129号・医薬発第989号・平成12・9・29)
毒薬等の適正な保管管理等の徹底について(医薬発418号・平成13・4・23)
「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」の一部改正について
(薬食発第0726002号・平成19・7・26)
生物学的製剤基準の改正について(薬食発第0330019号・平成16・3・30)
「診療の用に供するガス設備の保安管理について」(健政発第410号・昭63・7・15)
医療施設における防火・防災対策要綱の制定について(健政発56号・昭和63・2・6)
入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養費の実施上の留意事項について
(保医発第0306009号・平成18・3・.6)
「大規模食中毒対策等について」(平成9年3月24日付け衛食第85号生活衛生局長通知)
別添「大量調理施設衛生管理マニュアル」 等

参考資料

医療事故防止対策ガイドライン(医療事故防止に関する検討会:大阪府:平成12年9月)
リスクマネージメントマニュアル作成指針(リスクマネージメントスタンダードマニュアル作成委員会)
血液製剤保管管理マニュアル(血液製剤保管管理マニュアル作成小委員会報告・平成5・9・16))
透析医療における標準的な透析操作と院内感染予防に関するマニュアル(平成16年9月 改訂版第2刷)
院内感染防止対策点検項目(大阪府健康福祉部医務・福祉指導室医療対策課)
院内感染対策講習会Q&A (平成18年度・社団法人日本感染症学会)
東京都感染症マニュアル 平成12年発行
エビデンスに基づいた感染制御(小林 寛伊・吉倉 廣・荒川 宜親 編、メヂカルフレンド社 発行)
ユニバーサルプレコーション実践マニュアル
(「医療の安全に関する研究会」安全教育分科会 編・南江堂 発行)
CDCの透析感染対策エッセンス集(矢野邦夫訳・メディカ出版)
みんなではじめる感染予防 全日本民医連感染制御ガイドライン2001年版
(全日本民医連医療活動部院内感染対策プロジェクト編集)
標準的診療録作成の手引き(社団法人 全日本病院協会 医療の質向上委員会編 ・ じほう発行)
都立病院における診療録等記載マニュアル
(都立病院診療録等記載検討委員会編・東京都衛生局病院事業部・平成13年2月)
診療情報の提供に関する指針(日本医師会:平成14年10月)